

GE_GERICHTE A/4073/2015 vom 19. September 2016

GE Cour de justice, 2016-09-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4073_2015

FR: GE_GERICHTE A/4073/2015 du 19 septembre 2016

IT: GE_GERICHTE A/4073/2015 del 19 settembre 2016

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 19.09.2016 A/4073/2015

A/4073/2015 ATAS/740/2016 du 19.09.2016 (AI) , REJETE En fait En droit Par ces motifs République et canton de Genève POUVOIR JUDICIAIRE A/4073/2015 ATAS/740/2016 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 19 septembre 2016 10^{ème} Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à VERSOIX, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Céline LELLOUCH GEGA recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né le _____ 1965 au Kosovo, est marié, et père de deux filles, nées respectivement en 1999 et 2002. Il a acquis la nationalité suisse le 6 juin 2011. 2. Après avoir travaillé en tant que ferrailleur pour plusieurs employeurs genevois, il a ouvert sa propre entreprise en raison individuelle, B_____ en tant que ferrailleur indépendant, en mars 2007. Il s'occupait de la partie administrative. Cette activité (de gestion), pour laquelle il n'avait jamais été formé, l'a éprouvé, de sorte qu'il a développé depuis 2010 des symptômes d'épuisement tant physique que psychique, qui aboutirent à un burnout en 2011. La raison individuelle a été radiée à fin juin 2011. Il a néanmoins poursuivi son activité, avec un associé, sous la forme d'une société à responsabilité limitée. 3. Du 1^{er} juillet 2011 au 31 mars 2013, il a été employé en qualité de ferrailleur à 100% par B_____ Sàrl dont il était associé gérant (ci-après: l'entreprise). Il était assuré pour la perte de gain maladie par la Zurich assurances (ci-après: l'assureur perte de gain maladie). 4. Dès le 7 mai 2012, il s'est trouvé en arrêt de travail pour fatigue, dépression, état d'anxiété généralisée, selon certificat médical du docteur C_____, médecin praticien FMH (ci-après: le médecin traitant). Un enregistrement du sommeil a révélé d'importantes apnées du sommeil. 5. Le 5 juin 2012, l'entreprise a annoncé le cas à l'assurance collective d'indemnités journalières en cas de maladie, mentionnant un salaire annuel assuré de CHF 90'000.-. 6. Le 27 septembre 2012, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après: l'OAI ou l'intimé). 7. Dans son rapport médical initial du 9 novembre 2012, le Dr C_____ a retenu les diagnostics suivants, ayant un effet sur la capacité de travail: dépression chronique existante depuis 2003, attaques de panique, anxiété généralisée, cervicalgies, cervicobrachialgies et troubles somatoformes douloureux (ci-après: TSD) existants depuis 2004; hallucinations auditives existantes depuis 2011; probable syndrome d'apnées du sommeil (ci-après: SAS) existant depuis 2012. Il a retenu comme diagnostics sans effet sur la capacité de travail, une dyslipidémie, une hypertension artérielle (ci-après: HTA) et une gastrite chronique, existantes depuis 2005. Il suivait le patient depuis 1999. Au sujet des renseignements anamnestiques, il a relevé que son patient, après avoir terminé

l'école secondaire obligatoire au Kosovo en 1979, a commencé à travailler dans la construction comme apprenti. Il a travaillé dans le bâtiment au Kosovo de 1979 à 1985, puis de 1985 à 1987 comme saisonnier dans la construction à Genève. De 1987 à 1988 il a accompli son service militaire au Kosovo, avant de revenir à Genève en 1989 où il a travaillé comme ferrailleur de bâtiments pour différentes entreprises, jusqu'en 2007. Cette année-là il a fondé sa propre société de ferrailleur de bâtiment. En raison de ses problèmes de santé, le patient n'a plus pu travailler dans son entreprise depuis le mois de mai 2007. Depuis 2003, il se plaignait de fatigue, tristesse, parsoniens, peur de mourir. Malgré les traitements entrepris sa symptomatologie est allée en se péjorant. Depuis fin 2011, le patient ressentait des bruits dans la partie occipito-pariétale de la tête. Les symptômes actuels étaient: angoisses, anxiété, asthénie, somnolence, insomnies, dyspnée, constriction laryngée. Subjectivement il se plaignait de fatigue, d'angoisse, de tristesse, d'insomnies, de douleurs à la nuque et à la tête, manque d'air, sensation de constriction laryngée. Des troubles psychiques étaient objectivables, ainsi qu'une constriction musculaire cervicale. Une radiographie cervicale a montré une rétrolisthésis de C5 par rapport à C6 et une discopathie débutante à ce niveau. Le pronostic était sombre du point de vue psychique. La médication actuelle consistait dans la prescription de Trittico 100mg, Lyrica 75 mg, Wellbutrine 150 mg, Temesta expidet en réserve (ci-après: R.), Bilol 5 mg, Cedur en R. 400, Xanax 0.5 en R., Paracétamol en R., Voltarène rapide en R. La poursuite de la psychothérapie était recommandée; l'incapacité de travail était de 100 % dès le 7 mai 2012 pour une période indéterminée. Les restrictions étaient surtout psychiques. Au travail le patient ressentait une profonde angoisse, une constriction laryngée suivie d'une attaque de panique. Du point de vue médical l'activité exercée n'était plus exigible (100 %). Le médecin-traitant a joint à son rapport les documents médicaux suivants: [endif]>[if> - la copie d'une consultation initiale du laboratoire du sommeil des HUG du 31 octobre 2012, dont il ressort que le patient présentait des signes en faveur d'une insomnie d'endormissement et de maintien d'ordre psychologique, étroitement liée à son trouble d'anxiété généralisé et dépressif (diagnostics posés par son psychiatre, le docteur D_____, FMH en psychiatrie et psychothérapie). Pendant les deux heures où le patient restait éveillé le soir, il avait des ruminations excessives autour de problèmes attachés au présent et à l'avenir. Il se sentait par ailleurs anxieux par rapport à son incapacité de dormir. Il décrivait également un sentiment d'être bloqué au niveau de la respiration laryngée au cours du sommeil, mais aussi pendant ses activités de la journée (pendant la conduite, lorsqu'il allait au supermarché), symptômes qui semblaient être présents au sein de son trouble anxieux. En ce qui concerne la vie nocturne, sa femme signalait de fréquentes suffocations et des apnées nocturnes pour lesquelles une polysomnographie était nécessaire et programmée pour le 14 novembre; - le résumé de séjour du 13 décembre 2008 au service des urgences des HUG: le diagnostic principal posé était: dyspnée, sensation de blocage d'origine indéterminée (R06.0); le patient présentait une sensation de blocage aigu au niveau laryngé/œsophage, au repos durant quelques minutes. Il avait appelé le 144; mais comme les symptômes avaient disparu, il avait préféré annuler sa demande; mais quinze minutes plus tard il ressentait la même symptomatologie avec une impression d'étouffement, raison pour laquelle il avait été transféré aux HUG. À l'arrivée, la symptomatologie s'était amendée. Ce patient présentait cette symptomatologie depuis dix ans, la nuit, mais depuis deux ans, il faisait état d'une augmentation de la fréquence à tout moment de la journée, souvent dix minutes après manger. Il était partiellement soulagé par spray X ou effort de vomissements. Selon le patient, il a bénéficié de multiples investigations: OGD (notion

d'œsophagite de reflux), fonction pulmonaire, CT scan thoracique. À l'examen clinique le status cardio-pulmonaire était dans la norme, pas d'œdème glottique ou buccal; système digestif: douleurs à la palpation de l'épigastre avec détente LRSI. Le traitement proposé était la poursuite de l'utilisation des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP). 8. Le 13 novembre 2012 l'assuré a informé le registre du commerce de la cession de ses parts sociales dans l'entreprise ainsi que la radiation du registre du commerce de sa qualité d'associé. 9. Dès décembre 2012 il est appareillé durant la nuit pour son SAS, ce qui diminue les insomnies et la fatigue. 10. Une expertise psychiatrique demandée par l'assureur perte de gain maladie a été effectuée le 31 janvier 2013 par le docteur E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Selon les renseignements anamnestiques retenus, l'expert a notamment indiqué que le frère cadet de l'expertisé projetait d'ouvrir une entreprise de maçonnerie-ferraillage dans les prochains mois et de lui proposer un emploi, étant donné son expérience de vingt ans dans le domaine. L'expertisé a précisé qu'il avait lui-même engagé des fonds dans ce projet. Depuis l'arrêt de travail du début mai 2012 l'assuré restait assez apathique et adynamique; il regardait la télévision et n'investissait pas les activités quotidiennes et ménagères. Il continuait à voir des amis mais avait tendance à se replier sur lui-même. Il constatait depuis un mois une amélioration de son moral et il avait moins de troubles intellectuels. Il voyait son médecin traitant à raison d'une fois toutes les trois semaines. Il avait commencé à être suivi par un psychiatre, le Dr D_____ (déjà cinq séances depuis décembre 2012). Il suivait un traitement médicamenteux: Trittico 100mg Lyrica 75mg le soir; Wellbutrin 150mg le matin; Temesta 1g en cas d'anxiété, Circadin 2cp le soir pour le sommeil et Xanax 0,5mg R. Il avait arrêté les trois premiers il y avait un mois vu l'amélioration de son état; sommeil régularisé; fatigue et maux de tête en diminution. Il prenait le Temesta et le Xanax depuis des années, disant ne pas pouvoir s'en passer; à défaut il était, selon lui, beaucoup trop tendu et anxieux. Il était sujet à des crises respiratoires à raison d'une par semaine (investiguées et sans substrat physique). Il pensait pouvoir reprendre une activité professionnelle à temps partiel au sein de l'entreprise susmentionnée d'ici à quelques semaines ou mois. Ce projet contribuait à diminuer ses angoisses. Status psychiatrique: patient collaborant. Bien orienté dans le temps et dans l'espace. Symptômes intellectuels: aucun trouble de mémoire (à court et long terme); aucune diminution de la concentration et de l'attention, sans ralentissement idéique ou indécision dans le discours. Importante perte d'intérêt avec diminution du plaisir et désinvestissement des activités quotidiennes. Manque de réactivité émotionnelle toujours présent dans des événements habituellement agréables. Symptômes comportementaux: retrait social modéré; pas de régression ni dépendance, mais une certaine adynamie au réveil, liée à la fatigue, et une perte de l'élan vital. Symptômes affectifs: discrète diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi, liées à son inactivité; le patient n'était pas particulièrement triste durant l'entretien et ne présentait plus de désespoir important mis à part ses décompensations anxieuses sous forme de difficultés respiratoires et palpitations cardiaques. Pas d'auto-reproche ni culpabilité, mais l'inactivité commençait à lui renvoyer une mauvaise image. L'expert a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen en rémission partielle (F33.4). Anxiété généralisée en rémission (F41). Il n'a pas précisé si ces diagnostics ont une incidence sur sa capacité de travail. En revanche, il a remarqué dans la discussion du cas, que l'expertisé, dont on pouvait percevoir un parcours tant familial que professionnel tout à fait adéquat, présentait des traits de personnalité anankastique (obsessionnelle-compulsive – F60.5): indécision, doutes et prudence excessive –

préoccupation par les détails, les règles, les inventaires, l'ordre, l'organisation et les programmes – une scrupulosité extrême, méticulosité et souci de productivité aux dépens de son propre plaisir et des relations interpersonnelles. Ces traits étaient accompagnés d'une inhibition de l'agressivité, de traits abandonniques, d'une difficulté à demander de l'aide et d'un besoin de contrôle. Ces traits lui ont permis de se forger une identité professionnelle sur laquelle il avait pu s'appuyer et dont il était fier. Mais en devenant indépendant il n'avait pas évalué l'énergie dépensée par le surinvestissement professionnel qu'il avait dû fournir. Le patient ne désirait pas recevoir de rente de l'AI ou à la rigueur de manière partielle. S'agissant de la capacité de travail, du point de vue psychique, l'expertisé aurait dans le futur une capacité de travail d'au moins 50%. Une reprise de l'activité professionnelle ne pourrait que le revaloriser et lui redonner confiance. Elle empêcherait ainsi les ruminations qui ont tendance à le démoraliser. Contacté, le psychiatre-traitant avait confirmé l'amélioration clinique de ces dernières semaines et soutenait ce patient dans la reprise de travail, savoir 50% dès le 1^{er} mars 2013 et 100% dès le 1^{er} avril 2013. 11. Le 18 janvier 2013, le Dr D_____ a adressé un rapport initial à l'OAI. Il retenait les diagnostics, ayant un effet sur la capacité de travail, de trouble anxieux sans précision (F41.9) et apnées du sommeil, présents depuis 2007. Il suivait ce patient depuis le 26 juin 2012. Les symptômes actuels étaient: cervicalgies, migraines, crises de panique occasionnelles, thymie triste; l'assuré n'arrivait plus à reprendre une activité professionnelle. Selon les indications subjectives du patient: douleurs généralisées, baisse de l'humeur, angoisse, troubles du sommeil en cours d'investigation à Belle-Idée. Le pronostic était favorable. La nature et l'importance du traitement actuel consistaient dans un appui et un soutien, et des prescriptions médicamenteuses. Il recommandait la poursuite de la thérapie et une précision sur le trouble du sommeil. L'incapacité de travail était de 100 % dès 2007 (sic !) à aujourd'hui ("gérée par le médecin- traitant"). S'agissant des restrictions, il a estimé qu'il faudrait attendre une évolution, faute d'évaluation possible actuellement. L'activité exercée n'était plus exigible (100%). Les cervicalgies semblaient être l'obstacle majeur. Les restrictions pouvaient être réduites par une psycho-pharmacothérapie susceptible d'améliorer la capacité de travail. On pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle dans un premier temps à 50 %, dans la perspective d'une amélioration.!

12. Par courrier du 21 février 2013, l'OAI a communiqué à l'assuré qu'aucune mesure de détection précoce ou de réadaptation professionnelle n'était actuellement indiquée. !

13. Par courrier du 1^{er} mars 2013, l'entreprise a résilié le contrat de travail de l'assuré avec effet au 31 mars 2013. Ce courrier a la teneur suivante: « Pour les raisons économiques de notre entreprise, je suis navré mais je suis obligé de résilier votre contrat de travail à partir du 31 mars 2013. Je vous souhaite une guérison au plus vite pour pouvoir reprendre le travail dans notre entreprise. »!

14. Par courrier du 4 mars 2013, le Dr C_____ s'est adressé au service médical de l'assureur perte de gain: selon l'expertise et l'estimation du médecin-conseil, il avait établi un certificat de reprise de travail à 50% dès le 1^{er} mars 2013. Le patient s'était toutefois présenté en urgence ce 4 mars 2013 vers 11h00, accompagné par son employeur: il s'était rendu au travail le 1^{er} mars 2013 et n'avait pas pu travailler. Il avait en vain réessayé ce jour. Un nouvel arrêt de travail à 100% était donc prescrit.!

15. Par courrier du 8 mars 2013 à l'assureur perte de gain et copie à l'OAI, l'employeur écrit: « On a bien reçu le certificat médical de (l'assuré) à pouvoir travailler à 50% dès le 1^{er} mars 2013. Dès le 1^{er} mars il s'est présenté au lieu de travail mais malheureusement n'a pas pu continuer. Le deuxième jour de travail il était complètement malade par moi-même je l'ai ramené en

urgence chez son médecin traitant Dr C_____. (L'assuré) continue son arrêt de travail à 100%. A mon avis comme patron de l'entreprise, avec toute la volontiers (sic !) de travail de (l'assuré), il ne peut plus continuer ce travail. (Salutations) ».[endif]>![if> 16. Le 10 avril 2013 le Dr C_____ a adressé un rapport médical intermédiaire à l'OAI. Depuis le 9 novembre 2012 l'état du patient était stationnaire, sans changement de diagnostic. Deux tentatives de reprise de travail (1^{er} et 4.3.2013) s'étaient soldées par un échec. Une crise d'angoisse et une attaque de panique avaient rendu impossible la reprise graduelle de travail, malgré un soutien psychothérapeutique auprès du Dr D_____. Traitement pharmacologique en cours. Les limitations fonctionnelles étaient: aller au travail, conduire un véhicule, affronter des situations de stress, soulever et porter des charges lourdes, faire des flexions du tronc, rester longtemps dans la même position, travailler dans le froid et dans l'humidité. La capacité de travail était de 0% dès le 7 mai 2012 dans le poste occupé de ferrailleur en construction. Pas de capacité de travail dans une activité adaptée pour des raisons psychiques. La compliance était optimale. A la question de savoir s'il y avait une bonne concordance entre les plaintes et l'examen clinique, il a répondu: « Oui en raison des troubles psychiques et des troubles somatoformes douloureuses (sic !) ». Les dernières consultations remontaient aux 14 et 26 mars 2013.![endif]>![if> 17. Le 17 avril 2013 Les Drs F_____ et G_____, FMH en radiologie à Genève, ont adressé au médecin traitant un rapport relatif au transit œsogastroduodéal pratiqué sur l'assuré le jour-même, qui concluait à la visualisation d'aucune lésion. ![endif]>![if> 18. L'assuré s'est inscrit auprès de l'office régional de l'emploi (ci-après: ORP) le 7 mai 2013. Par décision du 3 juillet 2013, la caisse de chômage a considéré que l'assuré n'était pas apte au placement en raison de son incapacité de travail à 100 % dès le 7 mai 2012 (selon certificat médical du médecin traitant du 7 mai 2013). Il ressort notamment de cette décision qu'en réponse aux questions de l'office cantonal de l'emploi du 21 juin 2013, l'assuré a indiqué le 1^{er} juillet 2013 que son incapacité totale de travail en cours depuis le 7 mai 2012 était définitive à 100%; qu'il n'envisageait pas la reprise prochaine d'une activité; que sa demande de prestations du 27 septembre 2012 auprès de l'OAI tendait à l'obtention d'une rente entière; qu'il ne se considérait pas en mesure de travailler dans l'attente de la décision de l'AI; qu'il avait contesté la décision de l'assureur perte de gain maladie de mettre fin au versement d'indemnités journalières au 31 mars 2013; qu'il n'avait effectué aucune recherche d'emploi avant ou depuis son inscription à l'ORP. ![endif]>![if> 19. Le 17 juin 2013, le Dr D_____ adressé un rapport médical intermédiaire à l'OAI. L'état de santé est resté stationnaire. Il n'y a pas de changements de diagnostic. Ceux qui ont une influence sur la capacité de travail sont : migraines, anxiété ; douleurs somatiques généralisées, depuis environ deux mois. Il n'y a pas de péjoration. Traitement aux antidépresseurs, anxiolytiques, antidouleurs ; soutien, appui thérapeutique. Il indiquant en réponse à quelques questions complémentaires que le patient reste en état stationnaire, depuis le premier rapport. Les aspects des troubles dus au sommeil "ont nettement amélioré". A la question de savoir s'il y a une bonne concordance entre les plaintes et son examen clinique, il répond : « j'ai l'impression qu'il y a une légère discordance entre son discours et mon examen. Et à la question : « en cas de troubles psychiques, leur gravité nécessiterait-elle une prise en charge psychiatrique ? Si tel est le cas, une mesure a-t-elle été proposée ? Il répond : « Oui, cela a été proposé. Il me semble que la demande du patient n'est pas très claire. Il manque de la motivation. Y a-t-il une recherche de rente AI ? ». À la question de savoir si une reprise de travail n'est pas possible actuellement, à plein temps ou à temps partiel, autant envisager un retour au travail ultérieurement, dans le même métier ou dans un autre ? Si oui dans

combien de temps environ et à quel taux ? Si non pourquoi ?, Il répond : « j'estime qu'il faudrait réévaluer cette question dans 6 à 12 mois après avoir tenté une thérapie, le patient devrait être mis en contact avec l'ORP. »

20. Le 20 août 2013 le service médical régional (ci-après: le SMR) de l'AI a émis un avis: l'assuré, âgé de 48 ans, ferrailleur (indépendant de 2007 à 2011) a, pendant la période où il était indépendant, développé un syndrome anxieux et un trouble dépressif de même que des troubles du sommeil importants. Le médecin-traitant décrit les diagnostics de troubles psychiatriques, cervicobrachialgies sur cervicarthrose et rétrolisthésis C5 sur C6, un trouble somatoforme douloureux, un syndrome d'apnée du sommeil appareillé depuis décembre 2012, ainsi qu'une hypertension artérielle et une hyperlipidémie. Il estime que la capacité de travail est nulle dans toute activité en raison des troubles psychiatriques et des douleurs. Le psychiatre traitant – qui le suit depuis l'été 2012 - retient le diagnostic de trouble anxieux, et il avait noté une amélioration en 2013: en juin 2013 il estimait que la capacité de travail était de 50%. L'expert mandaté par l'assureur perte de gain retenait à fin janvier 2013 les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen en rémission partielle, une anxiété généralisée en rémission et des traits de personnalité anankastique. Il estimait que la capacité de travail était de 50% dès le 1 er mars 2013 et 100% dès le 1 er avril 2013. Plusieurs essais de reprise de travail à temps partiel s'étaient soldés par des échecs au vu de la recrudescence de troubles anxieux. En conséquence, afin de préciser les diagnostics actuels, les limitations fonctionnelles persistantes dans son activité habituelle et dans une activité adaptée, le SMR a proposé une expertise pluridisciplinaire, confiée à un centre de type COMAI via la plateforme MED@P, qui devrait comporter les spécialités de médecine interne, rhumatologie et psychiatrie. Il a conclu son avis en énonçant les questions à poser aux experts, y compris une série de questions spécifiques, si un trouble de la lignée somatoforme ou troubles assimilés étaient constatés.

21. Par courrier du 22 août 2013, l'OAI a informé l'assuré de son intention de le soumettre à un examen médical approfondi sur trois disciplines, via un centre d'expertises médicales. Il lui a communiqué les questions composant la mission d'expertise et lui a donné la possibilité d'exercer son droit d'être entendu et de poser d'éventuelles questions complémentaires aux experts. Etaient annexé un mémento des expertises pluridisciplinaires.

22. Par courriel du 6 juin 2014, l'OAI a été informé du nom des experts désignés par le CEMED de Nyon: le docteur H_____, FMH en médecine interne, le docteur. I_____, FMH en psychiatrie et psychothérapie, et le docteur J_____, FMH en rhumatologie.

23. Par courrier du 10 juin 2014 l'OAI en a informé l'assuré et lui a imparti un délai de dix jours pour d'éventuelles demandes de récusation motivées des experts désignés.

24. Les experts ont rendu leur rapport en date du 1 er décembre 2014. L'expertise a été réalisée sur la base: d'une analyse et résumé du dossier par un médecin ne participant pas aux examens; examen séparé de l'expertisé par chacun des experts après étude attentive du dossier et du résumé; établissement du rapport après discussion interdisciplinaire; examen du rapport final par un expert n'ayant pas examiné l'expertisé, afin de juger de la clarté du texte et de la pertinence des conclusions. Après un descriptif détaillé des éléments administratifs et médicaux versés au dossier comportant un résumé des documents médicaux essentiels, ainsi que des décisions de plusieurs autorités ou assurances, ce rapport inventorie les données subjectives recueillies auprès du patient: il est notamment relevé, outre les renseignements ressortant déjà des données retenues ci-dessus, que, selon l'expertisé, les problèmes psychologiques ont commencé en 2007-2008 déjà, lorsqu'il a débuté son activité en tant qu'indépendant. Depuis cette époque, il se sentait plus anxieux;

c'était aussi à ce moment-là que seraient apparus ses problèmes de sommeil, et ce qu'il décrivait comme des blocages à différents endroits du corps. Quant à son état de fatigue, il remontait à encore plus loin, selon lui à au moins dix à quinze ans ; les plaintes actuelles dans le cadre de l'anamnèse médicale systématique: sentiment d'oppression thoracique récurrent sans substrat pathologique évident (poly-investigué...) depuis environ 6 ans (l'obligeant à se coucher sur le ventre et prendre un Temesta pour se détendre), tensions au niveau de la nuque lors de l'endormissement, accompagnées de pression à l'arrière-gorge; reflux gastroœsophagien connu et récurrent; céphalées de tension récurrentes sans autres plaintes spécifiques; pas de problème pulmonaire, mais investigué à plusieurs reprises en raison de ses oppressions thoraciques (radios, CT-scan thoracique: rien d'anormal); régulièrement suivi par un pneumologue; SAS appareillé depuis 2012; sur le plan rhumatologique, actuellement l'expertisé ne se plaint pas trop de son dos. Douleurs supportables et pas de douleurs la nuit. L'expertisé a prétendu qu'il pourrait reprendre le travail ce jour sans autres mesures. Aucune médication antalgique régulière. Il ne semble pas être limité par les ports de charges (sauf lourdes répétitives) ou les mouvements du tronc. Participe au ménage, prépare les repas, nettoyage (parfois), pas d'activité particulière. Sur le plan psychique, l'expertisé dit spontanément que son état est pire qu'avant: il se sent très fatigué, dort toujours mal. Il n'arriverait pas à dormir plus d'une heure d'affilée, la fatigue est donc majeure: présente dès le matin, elle reste importante durant toute la journée. Il manque complètement d'énergie, d'envie, ne fait plus rien, et passe la majeure partie de la journée chez lui dans son salon. La moindre nouveauté le stresse, ayant perdu l'habitude d'être actif. Sur demande, les éléments suivants sont mis en évidence par l'anamnèse psychiatrique systématique : - moral: cela ne va plus; il pense tout le temps au fait de ne pas avoir de travail, et comme il était heureux avant, lorsqu'il était actif. Maintenant qu'il n'a plus rien et qu'il ne fait rien il a tendance à avoir des ruminations négatives. Le matin c'est pire que le soir; il n'y a pas d'idéation suicidaire: il n'y aurait jamais pensé; appétit globalement conservé. Pas de perte pondérale signalée; difficulté à rester concentré, il n'arrive pas à lire ou à regarder durablement une émission de télévision; - libido diminuée; il ne se dit pas préoccupé par son avenir: il pense au jour le jour; il n'exprime pas de culpabilité, n'a pas le sentiment d'avoir échoué dans son existence; a passablement perdu la confiance en soi, en lien avec l'inactivité; se dit anxieux: toute nouveauté ou toute discussion est potentiellement stressante et le « bloque ... là » (il montre son cou et son thorax); il doit alors se mettre au calme pendant vingt minutes. Il ne conduirait plus depuis 2009, suite à la survenue d'une crise anxieuse alors qu'il circulait sur l'autoroute; pas de comportements ritualisés. Les experts ont pris en compte la description des activités quotidiennes de l'expertisé. Ils ont noté les renseignements anamnestiques familiaux et l'histoire personnelle et professionnelle de l'expertisé de manière très complète et détaillée. Ils ont procédé au relevé des données objectives, selon les status de médecine interne, rhumatologique, neurologique, ostéoarticulaire et psychique auxquels ils ont procédé. Il a été pratiqué des examens radiologiques complémentaires le 26 août 2014: colonne lombaire face/profil sans particularité. Dossier radiologique: aucun document ne figure au dossier. Un compte rendu d'une radiographie de la colonne cervicale du 5 juin 2012 va dans le sens de la normalité pour l'âge du sujet. Vu l'évolution favorable et l'absence de plainte sérieuse exprimée à ce jour, les experts n'ont pas poursuivi leurs investigations. En revanche la recherche d'une exigibilité pour la profession de ferrailleur justifiait au moins une imagerie de la colonne lombaire, celle-ci s'étant révélée normale. Dans leur synthèse et discussion du cas, les experts retiennent que l'expertisé se plaint de lombalgies d'apparition

spontanée en 2000 environ, dont l'intensité quotidienne était supportable mais qui pouvait se transformer environ deux fois par année en un épisode aigu justifiant un traitement médical et un arrêt temporaire de l'activité professionnelle pendant trois à quatre semaines. En 2007, début de son activité indépendante, l'assuré n'est plus astreint à la pose de la ferraille, et ne s'occupe que de management et d'administration. Son dos s'en ressent dans le bon sens, les épisodes aigus ne s'étant plus développés. Parallèlement il souffrait de cervicalgies de caractère plutôt mécanique, se déclenchant le soir, après une journée difficile. Pour cette symptomatologie il n'a jamais manqué son travail. Il ne signale aucune extension en périphérie. Il affirme spontanément que ses affections de l'appareil locomoteur ne sont pas le motif de l'arrêt de travail en cours. Elles sont aujourd'hui pauci-symptomatiques. Apnées du sommeil traitées par CPAP. Hypertension artérielle et hypercholestérolémie traitées. L'expertisé se trouve en incapacité de travail depuis mai 2012, qui a débuté comme une forme de burnout, sans facteur déclencheur précis. Épuisement progressif depuis des années dans la gestion de son entreprise, avec une symptomatologie dépressive et anxieuse qui serait d'ailleurs présente de longue date. Il était suivi pour sa problématique de santé depuis de nombreuses années par le Dr C_____. Il bénéficie depuis un an et demi d'un traitement intégré chez son psychiatre. Sur le plan de la médecine interne, pas de plaintes spontanées significatives ; l'anamnèse systématique relève quelques troubles banals, le status est dans la norme. Aucune justification à une incapacité de travail. Sur le plan rhumatologique, plaintes modestes du dos. Lorsqu'elles sont présentes, les douleurs sont parfaitement supportables. Radiographie de la colonne lombaire parfaitement normale. En conclusion la capacité de travail est complète en temps et en rendement dans l'activité habituelle. Aspect psychique: sur le plan objectif la présente évaluation n'a pas mis en évidence de pathologie psychiatrique majeure notamment incapacitante. Pas d'humeur dépressive, qui pourtant est signalée par l'expertisé dans ses plaintes. On ne relève ni humeur dépressive stable et installée, ni ralentissement psychomoteur, ni de culpabilité pathologique. Mémoire et concentration sont globalement conservées. Pas d'idéations suicidaires. Dans les plaintes subjectives, comme symptômes persistants et désormais chroniques sont cités les troubles du sommeil dont l'origine est mixte, ainsi qu'une importante fatigabilité et perte de motivation. Les critères en vigueur ne sont pas remplis pour pouvoir retenir un diagnostic de trouble dépressif. En ce qui concerne l'anxiété, celle-ci se manifeste principalement sous forme de crises de blocage ou d'oppression respiratoire, d'une fréquence d'environ une à deux fois par semaine, avec ou sans facteurs déclenchants. Sur le plan de la personnalité, l'expertisé se décrit comme une personne appréciant l'ordre, méticuleux dans toutes les tâches, ce qui fait évoquer des traits de personnalité anankastique. C'est le contexte professionnel qui a été la source première de la majoration de sa symptomatologie psychique. En l'absence de plaintes douloureuses, il n'y a pas de diagnostic de troubles somatoformes douloureux à retenir, par contre on retiendra ceux de trouble panique et de traits de personnalité anankastique. En conclusion, les symptômes anxieux constatés n'ayant pas une densité et fréquence suffisantes, la capacité de travail est complète en temps et rendement. L'expertisé mentionne une perte de confiance en lui depuis sa perte de contact avec le milieu professionnel: on peut suggérer un coaching pour l'aider à la réinsertion professionnelle. Les experts ont enfin répondu aux questions posées: l'assuré ne présente aucune atteinte à la santé ayant des répercussions sur la capacité de travail. Plusieurs atteintes n'ont pas de répercussion sur cette capacité: trouble panique (F41.0); traits de personnalité anankastique; lombalgies et cervicalgies communes sur syndrome algodysfonctionnel; syndrome des apnées du sommeil appareillé;

hypertension artérielle et hypercholestérolémie traitées. S'agissant des limitations fonctionnelles, il existe des difficultés adaptatives, avec une réduction de la tolérance au stress, qui peut déclencher la survenue de crises anxieuses, mais pas de manière significative; il n'y a pas d'autres limitations constatées. Il existe une incapacité de travail justifiée médicalement depuis mai 2012. Quant à l'évolution de cette incapacité, dans son activité habituelle, une première expertise en janvier 2013 avait constaté une amélioration de la symptomatologie avec notamment une disparition de la symptomatologie dépressive, ainsi qu'une rémission de l'anxiété également. L'expert avait proposé une reprise de travail progressive à 50 % en mars, puis à 100 % dès le 1^{er} avril 2013. La reprise semble avoir été compromise par la survenue d'une crise anxieuse et la majoration de la symptomatologie d'asthénie. La capacité de travail exigible dans une activité habituelle comme dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles est complète en temps et rendement. La poursuite d'un suivi psychiatrique est indiquée pour le maintien de la capacité de travail. Le pronostic est objectivement bon. Il n'existe pas de troubles somatoformes. 25. Le 12 janvier 2015 le SMR a émis un avis, en relation avec le rapport d'expertise susmentionné. Au titre d'atteintes à la santé au sens de l'assurance-invalidité, il retient le trouble panique (F41.0). La capacité de travail exigible est de 50 % dès le 1^{er} mars 2014 (recte: 2013) et de 100 % dès le 1^{er} mai 2014 (recte : avril 2013). Les limitations fonctionnelles sont l'intolérance au stress, les crises anxieuses et l'asthénie. Après avoir rappelé les diagnostics non incapacitants retenus par les experts, le SMR confirme qu'actuellement ces diagnostics sont sans répercussion sur la capacité de travail. Sur le plan de la médecine interne et de la rhumatologie il n'y a aucune atteinte incapacitante. Absence de troubles somatoformes douloureux. Sur le plan psychiatrique, l'assuré a présenté un burnout compliqué d'un trouble panique et selon l'expertise psychiatrique du Dr E_____ de janvier 2013, la capacité de travail exigible était de 50% dès le 1^{er} mars 2014 (recte : 2013) et 100% dès le 1^{er} mai 2014 (recte : avril 2013). L'assuré peut ainsi travailler à nouveau comme ferrailleur, mais il faut limiter les facteurs de stress, en raison des traits de personnalité anankastique. Le suivi psychiatrique doit être poursuivi, et le pronostic est favorable. Il convient de relever à ce stade que les erreurs formelles de dates figurant dans cet avis, et rectifiées ci-dessus au sujet de la reprise de capacité de travail de l'assuré, ont été confirmées par le SMR dans un addendum du 26 mars 2015: « après relecture du dossier une erreur de date doit être corrigée: IT 100 % du 7. 05. 2012 au 28. 02. 2013, 50 % du 01. 03. 2013 au 31. 03. 2013 et 0 % dès le 01. 04. 2013. » 26. L'OAI a encore diligenté une enquête économique pour activité professionnelle indépendante afin de déterminer le revenu qu'aurait pu réaliser l'assuré sans atteinte à la santé. Un rapport a été établi le 30 janvier 2015, et retient notamment l'avis médical du SMR déterminant - à l'époque, et avant la rectification de l'erreur formelle de dates susmentionnée - une capacité de reprise de travail en "2014" (recte: 2013). 27. Le 2 avril 2015, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision de refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles. Par convenance personnelle il avait exercé une activité de ferrailleur indépendant depuis 2007. S'il était en bonne santé il aurait continué à exercer cette activité au même taux; dès lors son statut d'assuré est celui d'une personne indépendante à 100 %. Le SMR conclut que l'atteinte à la santé entraîne une incapacité totale de travail dans toutes activités du 7 mai 2012 au 28 février 2013, puis une capacité de 50 % du 1^{er} au 31 mars 2013, et dès le 1^{er} avril 2013 une capacité de travail entière dans toute activité. A l'issue du délai de carence, soit le 7 mai 2013, sa capacité de travail était entière dans toute activité. Des mesures professionnelles ne sont pas indiquées car elles ne seraient pas de nature à améliorer sa capacité de gain. Dès

lors la demande est rejetée.![endif]>![if> 28. Par courrier recommandé du 22 avril 2015, l'assuré a contesté le projet de décision susmentionné. Il indique être en consultation auprès des Drs C_____ et D_____ qui pourront renseigner l'OAI au sujet des nouveaux éléments médicaux.![endif]>![if> 29. A réception de ce courrier, le 28 avril 2015, l'OAI a écrit à l'assuré. Son courrier n'amenait pas d'éléments médicaux nouveaux susceptibles de justifier la reprise de l'instruction. Un délai au 27 mai 2015 lui était imparti pour apporter des éléments médicaux probants, sans quoi une décision sujette à recours serait notifiée.![endif]>![if> 30. Le 13 mai 2015, l'OAI a reçu une copie de son propre courrier du 28 avril 2015 à l'assuré: le Dr D_____ y a indiqué par une note manuscrite datée du 12 mai, être absent jusqu'au 27 mai 2015. Il sollicitait un délai au 27 juin 2015, étant dans l'impossibilité de rédiger un rapport à si bref délai.![endif]>![if> 31. L'OAI a accordé à ce médecin un ultime délai au 27 juin 2015 pour lui faire parvenir ces nouveaux éléments médicaux, à défaut de quoi une décision serait notifiée.![endif]>![if> 32. Le 24 juin 2015, le psychiatre traitant a adressé un rapport à l'OAI. L'assuré est au bénéfice d'une thérapie auprès de lui pour un trouble anxieux depuis l'été 2012. Le patient a présenté une amélioration en 2013 et avait en effet une capacité de travail de 50 % en juin 2013. Depuis plusieurs mois il se trouve dans une impasse, présentant une péjoration de son état psychique. Il bénéficie d'un traitement médicamenteux de Temesta et de Xanax, seuls médicaments tolérés par ce patient qui déclare ne retirer aucun bénéfice d'un traitement d'antidépresseurs. Un tel traitement lui avait été bénéfique dans le passé, mais il ne l'aide plus, selon lui. Le patient évoque les symptômes suivants: anxiété, crises de panique avec hyperventilation et transpiration. Conduite d'évitement, il dit ne pas sortir de chez lui, sauf pour les commissions qui s'imposent, "comme par exemple les rendez-vous chez ses médecins". Le patient évoque une batterie de symptômes physiques: migraine persistante et résistant aux traitements, lombalgies, troubles gastriques. À noter une conduite d'évitement à conduire l'automobile. Tous ces symptômes seraient éventuellement à considérer comme faisant partie du trouble anxieux aussi. Sur le plan de la thymie: il évoque des symptômes dépressifs d'un degré moyen. Il n'a pas d'idées suicidaires. L'estime de soi est très faible ainsi que la confiance en soi. Les troubles du sommeil persistent. Il n'a pas de symptôme psychotique. Sur le plan de la capacité de travail, à l'heure actuelle il présente une incapacité de travail de 100 %.![endif]>![if> 33. Interpellé, le SMR a émis un nouvel avis médical le 21 octobre 2015. Le rapport médical du psychiatre traitant du 24 juin 2015 retient qu'en fonction d'un syndrome anxieux et d'un état dépressif moyen, l'assuré est en incapacité totale depuis plusieurs mois. L'assuré a été expertisé par le CEMed le 1^{er} décembre 2014. Le rapport de son psychiatre traitant ne contient pas une anamnèse suffisante pour modifier l'appréciation précédente du service médical, de sorte que les avis SMR précédents restent d'actualité.![endif]>![if> 34. Le 22 octobre 2015, l'OAI a notifié une décision par laquelle la demande de rente et de mesures professionnelles est rejetée. Les objections formulées à l'encontre du projet de décision du 2 avril 2015 n'apportent aucun élément nouveau, les éléments produits ne permettant pas de modifier la précédente appréciation de l'OAI.![endif]>![if> 35. Par décision du 2 novembre 2015, le vice-président du tribunal civil a désigné un avocat d'office à l'assuré, lequel s'est annoncé à l'OAI par courrier du 3 novembre 2015 sollicitant la copie sur CD-ROM de l'intégralité du dossier, ce à quoi l'OAI a déféré en date du 6 novembre 2015.![endif]>![if> 36. Par mémoire du 23 novembre 2015, l'assuré, représenté par son conseil, a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice de Genève d'un recours contre la décision de l'OAI du 22 octobre 2015. Il conclut préalablement à l'audition du recourant ainsi qu'à l'audition des experts (Drs

H_____, J_____, I_____, ainsi qu'à celle des Drs C_____ et D_____; principalement à l'annulation de la décision de l'OAI du 22/10/2015; à ce qu'il soit dit que le recourant a un taux d'invalidité de 100 %, et qu'il a en conséquence droit à une rente entière d'invalidité; de renvoyer ainsi le dossier à l'intimé pour nouvelle décision, le tout avec suite de dépens. Les différents spécialistes qui se sont prononcés sur la question de l'influence des atteintes à la santé du recourant sur sa capacité de travail ont des conclusions diamétralement opposées. Le Dr C_____ a toujours considéré que le recourant était en incapacité de travail à 100 % dès le début de l'arrêt de travail, soit le 7 mai 2012, jusqu'à ce jour. Le Dr D_____ a fluctué dans son appréciation de la situation, estimant que l'incapacité dans un premier temps était totale dès le 7 mai 2012. Sur demande de l'expert psychiatre mandaté par l'assurance perte de gain, il a considéré qu'une reprise d'activité à 50 % était possible dès le 1^{er} mars 2013. L'expert psychiatre susmentionné (Dr E_____) a considéré qu'une reprise d'activité à 50 % dès le 1^{er} mars 2013, suivie d'une reprise complète au 1^{er} avril 2013 était possible. Le Dr D_____ a par la suite constaté une détérioration de l'état de santé et a conclu à une incapacité totale de travail. L'expertise pluridisciplinaire confiée au CEMed par l'OAI a conclu quant à elle à une pleine capacité de travail. Il était pour le moins singulier que tous ces experts parviennent à des conclusions aussi diamétralement opposées. L'expertise du CEMed contient des contradictions: elle constate que le recourant rencontre des difficultés adaptatives avec une réduction de la tolérance au stress qui peut déclencher des crises anxieuses, et estime que l'incapacité de travail est justifiée médicalement depuis mai 2012. Sur le plan psychique elle relève qu'en ce qui concerne l'anxiété celle-ci se manifeste principalement sous la forme de crises de blocage ou de pression expiratoire, qui ressemblent à des attaques de panique dont la fréquence oscille entre une et deux fois par semaine. L'expert psychiatre note l'existence de troubles anxieux depuis dix à quinze ans; mais lorsqu'il évoque l'anxiété il dit qu'il n'y a pas de signes de tension physique ou psychique. En revanche il signale la présence de crise anxieuse sous la forme de blocage se situant dans différentes parties du corps mais principalement au niveau thoracique ainsi que l'évitement de la conduite. Enfin il conclut que les symptômes anxieux constatés n'ont pas une intensité et une fréquence suffisante, la capacité de travail étant complète en temps et en rendement. Cette conclusion est invraisemblable dans la mesure où il est établi que ces troubles se manifestent depuis plus de dix ans et qu'ils se manifestent à raison d'une à deux fois par semaine. L'expert est en totale contradiction avec ses propres constatations. Il doit être reconnu que les troubles anxieux ont des répercussions sur la capacité de travail du recourant. Quant à la question du taux de cette incapacité, s'il a fluctué entre 50 et 100 %, il convient de constater que les tentatives de reprise se sont soldées par des échecs et que l'espoir de certains experts a dû être revu suite aux revers et péjorations dans la santé du recourant. Il se justifie par conséquent de retenir une incapacité de travail à 100 %. L'avis du SMR - qui considère que les atteintes à la santé sont sans répercussion sur la capacité de travail - ne repose que sur l'expertise du CEMed (effectuée en ce qui concerne les entretiens avec le patient entre les mois d'août et septembre 2014), dont le rapport n'est constitué que de dix-huit pages, la partie consacrée au statut psychique tenant sur l'équivalent d'une page. On ne comprend dès lors pas en quoi le rapport médical du psychiatre traitant du 30 juin 2015 serait insuffisant en termes d'anamnèse, alors que celle de l'expert psychiatre du CEMed serait suffisante. Le rapport du psychiatre traitant du 30 juin 2015 contenait des éléments nouveaux puisqu'il décrivait très précisément en quoi l'état de santé s'était aggravé, de sorte que le SMR ne pouvait pas simplement faire fi de ce rapport. En cela, l'intimé a fait preuve d'arbitraire en refusant de tenir compte des éléments nouveaux portés à

sa connaissance.![endif]>![if> 37. L'intimé a répondu au recours le 14 décembre 2015. Il conclut à son rejet. En cas de divergences d'opinions entre experts et médecins traitants, il n'est de manière générale pas nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. L'expertise du CEMed se fonde sur des examens complets et une description claire de la situation médicale du recourant. Les conclusions sont bien motivées et aboutissent à un résultat convaincant. Elle revêt donc une valeur probante certaine. Selon le Dr E_____ (rapport d'expertise du 31/01/2013) le recourant présentait un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen en rémission partielle, ainsi qu'une anxiété généralisée, également en rémission. Selon les experts du CEMed, le Dr E_____ avait constaté une amélioration de la symptomatologie avec notamment une disparition de la symptomatologie dépressive, ainsi qu'une rémission de l'anxiété également. Ils précisent que sur le plan thymique le status psychiatrique ne met pas en évidence une humeur dépressive, qui pourtant est signalée par l'expertisé dans ses plaintes. On ne relève ni humeur dépressive stablement installée, pas de ralentissement psychomoteur ni de culpabilité pathologique. La mémoire et la concentration sont globalement conservées. Il n'y a pas d'idéation suicidaire. Selon les critères en vigueur ceux-ci ne sont pas remplis pour pouvoir retenir un diagnostic de trouble dépressif. S'agissant du trouble anxieux, les experts relèvent que les symptômes anxieux constatés n'ayant pas une intensité et fréquence suffisante, la capacité de travail est complète en temps et en rendement. Il ressort ainsi que l'expertise du CEMed vient confirmer les conclusions du premier expert. S'il existe une divergence, celle-ci réside dans l'appréciation de la capacité résiduelle de travail. La même remarque s'applique aux conclusions du médecin traitant. Relativement succincte, la motivation de ce dernier ne fournit pas d'éléments propres à remettre en cause l'évaluation des experts du CEMed. On ne saurait dès lors reprocher à l'intimé d'avoir apprécié les faits de manière arbitraire, aucun élément objectif ne permettant de remettre en cause la valeur probante de l'expertise CEMed, ni d'étayer une aggravation de l'état de santé du recourant depuis ladite expertise. Enfin et selon la jurisprudence, on ne saurait se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable ou incapable de fournir depuis le début de l'incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant ne soit tenté d'influencer à son profit le degré de son invalidité.![endif]>![if> 38. Le recourant a brièvement répliqué par mémoire du 25 janvier 2016. Il conclut préalablement à ce que la chambre de céans ordonne une nouvelle expertise, et persiste pour le surplus dans ses conclusions précédentes. L'intimé reconnaît lui-même qu'il existe une divergence entre l'appréciation des deux experts (Dr E_____ et CEMed) concernant la capacité résiduelle de travail, mais ne dit pas pourquoi il conviendrait de suivre davantage la seconde que la première. Selon le recourant, l'assurance perte de gain à toutes les raisons d'être moins favorable au recourant, de sorte que le médecin que cette assurance a désigné ne saurait être plus favorable au salarié que ne le serait le médecin traitant. Ainsi convient-il de s'inspirer de l'expertise E_____ pour retenir l'incapacité de travail du recourant et s'écarter de la seconde expertise. Cela ne signifie pas encore que les attaques de panique du recourant ne sont pas incapacitantes. Il est en effet léger de se fonder uniquement sur les symptômes anxieux constatés lors d'une seule et unique consultation pour considérer que l'anxiété n'a pas une intensité et une fréquence suffisante, ce qui vaut également pour les troubles dépressifs. Les attaques de panique ne se manifestent pas en permanence. Ainsi, un expert intervenant ponctuellement n'est pas en mesure d'évaluer le patient aussi bien que le médecin qui le suit régulièrement.

En suivant l'expertise CEMed, l'intimé doit se voir reprocher la constatation inexacte de faits pertinents. S'agissant de l'aggravation de l'état de santé du recourant, l'intimé n'a tout simplement pas cherché à établir dans quelle mesure cet état se serait aggravé. En ignorant le nouveau rapport du psychiatre traitant, du « 30 juin 2015 » (recte et 24 juin), alors qu'une année s'était écoulée depuis l'expertise pluridisciplinaire, l'intimé a fait preuve d'arbitraire.!

39. L'intimé a brièvement dupliqué, par courrier du 9 février 2016. Il a persisté dans ses conclusions. C'est l'examen clinique qui demeure déterminant avec relevé de l'anamnèse, saisie des symptômes d'observation. Les simples plaintes subjectives de l'assuré ne suffisent pas pour justifier une invalidité, mais doivent être confirmées par des observations médicales objectives et concluantes. Une expertise médicale établie même uniquement sur la base d'un dossier peut avoir pleine valeur probante pour autant que celle-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui elles se fondent sur un examen personnel de l'assuré. Partant, la durée d'observation, estimée comme trop courte par l'assuré, ou le nombre d'entretiens, qu'il juge insuffisant, n'entrent pas dans les critères retenus par la jurisprudence pour reconnaître ou dénier la valeur probante d'une expertise. Le simple écoulement du temps jusqu'au prononcé de la décision ne suffit pas en soi pour remettre en cause la valeur probante d'un avis médical jugé convaincant. Dans le cas d'espèce il n'existe pas de motif objectif permettant de s'écarter de l'expertise du CEMed, dès lors une nouvelle expertise ne se justifie pas.!

40. La cause a été gardée à juger.!

EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).!

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 ss LPGA.!

3. Le litige porte sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimé a rejeté la demande de prestations de l'assurance-invalidité au motif que le recourant n'est atteint d'aucune maladie justifiant une diminution de sa capacité de travail.!

4. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.!

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 5. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV

37 p. 316 consid. 3b). Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 , consid. 4c, ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2).

a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les

données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise

(ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

10. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).¹¹

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).¹²

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).¹³

En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations

conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. 14. Une décision peut être qualifiée d'arbitraire (art. 9 Cst.) si elle est manifestement insoutenable, méconnaît gravement une norme ou un principe juridique clair et indiscuté, ou heurte de manière choquante le sentiment de la justice et de l'équité; il ne suffit pas qu'une autre solution paraisse concevable, voire préférable; pour que cette décision soit annulée, encore faut-il qu'elle se révèle arbitraire non seulement dans ses motifs, mais aussi dans son résultat (ATF 138 I 49 consid. 7.1; ATF 137 I 1 consid. 2.4; ATF 136 I 316 consid. 2.2.2). 15. En l'espèce, le recourant reproche à l'intimé, de s'être fondé, dans la décision entreprise, sur l'avis du SMR, lequel s'est fondé uniquement sur l'expertise du CEMED, expertise dans laquelle le recourant voit des contradictions et des conclusions « invraisemblables ».

a. Il s'agit donc de déterminer si l'expertise querellée peut se voir reconnaître une pleine valeur probante. Tel est bien le cas. Cette expertise pluridisciplinaire répond en effet à tous les critères jurisprudentiels requis pour se voir reconnaître une telle valeur probante. Elle a en effet été établie par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, les experts aboutissant à des résultats convaincants. Il n'est pas inutile de rappeler que le SMR avait recommandé la mise en place d'une telle expertise en raison des profondes divergences entre les divers avis médicaux recueillis, médecins traitants d'une part, et expert psychiatre désigné par l'assureur perte de gain d'autre part. Ce rapport explique dans un premier temps la méthodologie selon laquelle cette expertise a été réalisée. Le dossier a été analysé et résumé par un médecin ne participant pas aux examens. Les experts ont examiné séparément le recourant, après avoir lu attentivement le dossier et le résumé. Ils ont établi conjointement le rapport après discussion interdisciplinaire. Enfin le document final a été soumis en dernière relecture à un médecin expert n'ayant pas examiné le patient, afin de juger de la clarté du texte et de la pertinence des conclusions. Comme cela ressort des faits retenus ci-dessus, cette expertise comporte une anamnèse détaillée, tant sur le plan personnel, que familial et professionnel de l'expertisé, que par rapport à son histoire médicale. Elle a largement inventorié les plaintes de l'expertisé, dans tous les domaines médicaux, tant sur le plan des divers domaines de la médecine interne, que sur le plan rhumatologique et psychique. Les experts ont chacun examiné personnellement l'expertisé, sur la base de l'étude approfondie du dossier et de son résumé. Ces examens sont consignés dans le status de médecine interne d'une part, le status rhumatologique, comportant l'aspect neurologique et ostéo-articulaire, et enfin le status psychique.

a. Le recourant reproche aux experts de n'avoir consulté que certaines pièces du dossier, alléguant notamment que les experts n'auraient pas consulté les rapports du Dr C_____ du 10 avril 2013, et du Dr D_____ des 18 janvier 2013 et 17 juin 2013. Cette imputation ne procède d'une lecture sélective et lacunaire de ce rapport d'expertise : s'il est exact que l'on trouve en début de rapports une rubrique intitulée « liste des pièces consultées », qui pourrait en effet susciter une telle remarque, il suffit en revanche de lire la suite du rapport, et en particulier le chapitre « analyse du dossier », pour notamment constater en page 4 que le § 6 est consacré aux rapports du 18 janvier 2013 du Dr D_____, qu'en page 5 § 3, il est fait référence au contenu du rapport du Dr C_____ du 10 avril 2013, et que le § 6 traite du rapport du Dr D_____ du 17 juin 2013. Il est d'ailleurs relevé que ce praticien précise alors qu'il lui semble qu'il y a une légère discordance entre le discours du patient et son examen... Il manque de motivation, le médecin s'interrogeant sur la question de savoir s'il y a une recherche de rente AI. La chambre de céans remarque à cet égard que cette observation est corroborée par d'autres éléments du dossier: examiné par le Dr E_____ le 28 janvier 2013

il affirmait à l'expert qu'il ne désirait pas recevoir de rente de l'AI ou à la rigueur de manière partielle. Puis, alors qu'il s'était inscrit auprès de l'office régional de l'emploi (ci-après: ORP) le 7 mai 2013 l'assuré a indiqué le 1^{er} juillet 2013 que son incapacité totale de travail en cours depuis le 7 mai 2012 était définitive à 100%; qu'il n'envisageait pas la reprise prochaine d'une activité; que sa demande de prestations du 27 septembre 2012 auprès de l'OAI tendait à l'obtention d'une rente entière; qu'il ne se considérait pas en mesure de travailler dans l'attente de la décision de l'AI; qu'il avait contesté la décision de l'assureur perte de gain maladie de mettre fin au versement d'indemnités journalières au 31 mars 2013; qu'il n'avait effectué aucune recherche d'emploi avant ou depuis son inscription à l'ORP. b. Le recourant allègue que l'expertise du CEMed contiendrait des contradictions. Il observe que l'expertise retient les atteintes à la santé suivante : trouble panique, traits de la personnalité anankastique, lombalgies et cervicalgies, syndrome des apnées du sommeil appareillé, hypertension artérielle et hypercholestérolémie; qu'elle constate que le recourant rencontre des difficultés adaptatives, avec une réduction de la tolérance au stress, qui peut déclencher la survenue de crise anxieuse. Et surtout qu'en réponse à une question (« depuis quand cet assuré a-t-il une incapacité de travail justifiée médicalement ? »), les experts répondent : « depuis mai 2012 ». Selon le recourant, la contradiction résiderait dans le fait que malgré ses constatations l'expert psychiatre conclut que les symptômes anxieux constatés n'ayant pas une intensité et une fréquence suffisante, la capacité de travail est complète en temps et rendement. Contrairement à ce que pense le recourant, cette expertise ne comporte pas de contradictions : concernant les atteintes à la santé, il ne semble pas faire la différence entre celles qui auraient des répercussions sur la capacité de travail, et celles qui n'en ont pas. Or, les experts ont clairement répondu qu'il n'existe aucune atteinte à la santé ayant des répercussions sur la capacité de travail, et toutes celles qui sont évoquées par le recourant, - lequel ne rapporte d'ailleurs pas que l'hypertension artérielle et hypercholestérolémie sont « traitées », sont retenues comme des atteintes n'ayant pas de répercussion sur la capacité de travail. Ainsi, les experts, et le spécialiste psychiatre en particulier, ont expliqué les raisons pour lesquelles les symptômes anxieux, même présents depuis longtemps, ne sauraient être retenus comme incapacitants, faute d'intensité et de fréquence suffisante. Le recourant n'a pas fait la différence entre la prise en compte par le ou les experts des éléments ressortant du dossier, et la confrontation de ceux-ci avec leurs propres constatations lors de l'examen personnel de l'expertisé, exercice qui, dans le cas particulier aboutit à des conclusions parfaitement cohérentes. L'intimé a relevé à juste titre, par rapport à cette critique, que l'expertise du CEMed se fonde sur des examens complets et une description claire de la situation médicale du recourant. Les conclusions sont bien motivées et aboutissent à un résultat convaincant. Rappelant que selon le Dr E_____ le recourant présentait un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen en rémission partielle, ainsi qu'une anxiété généralisée, également en rémission, les experts du CEMed ont retenu que le Dr E_____ avait constaté une amélioration de la symptomatologie avec notamment une disparition de la symptomatologie dépressive, ainsi qu'une rémission de l'anxiété également. Ils précisent que sur le plan thymique le status psychiatrique ne met pas en évidence une humeur dépressive, qui pourtant est signalée par l'expertisé dans ses plaintes. On ne relève ni humeur dépressive stablement installée, pas de ralentissement psychomoteur ni de culpabilité pathologique. La mémoire et la concentration sont globalement conservées. Il n'y a pas d'idéation suicidaire. Selon les critères en vigueur, ceux-ci ne sont pas remplis pour pouvoir retenir un diagnostic de trouble dépressif. S'agissant du trouble anxieux, les experts relèvent que les symptômes anxieux constatés

n'ayant pas une intensité et fréquence suffisante, la capacité de travail est complète en temps et en rendement. Il ressort ainsi que l'expertise du CEMed vient confirmer les conclusions du premier expert. S'il existe une divergence, celle-ci réside dans l'appréciation de la capacité résiduelle de travail. Par rapport à cette divergence, le recourant reproche à l'intimé de ne pas dire en quoi il conviendrait de retenir l'avis des experts du CEMed plutôt que celle du premier expert. Cette objection n'est pas fondée. C'est omettre en effet que le Dr E_____ a retenu dès le 1^{er} avril 2013 une pleine capacité de travail, après un léger temps d'adaptation à 50 %. Les experts du CEMed ont répondu à la question de savoir quelle était la capacité de travail exigible dans l'activité habituelle, que celle-ci était complète en temps et rendement. La réponse fut la même s'agissant d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Certes, les experts n'ont pas précisé à partir de quand cette capacité était complète, quelle que soit l'activité, mais on comprend d'une part que tel était le cas au moment où l'expertise a été rendue, mais en référence à l'expertise précédente, à laquelle ils se réfèrent, on comprend que cette capacité de travail entière existait à tout le moins dès le 1^{er} avril 2013, sinon antérieurement. Ils expliquent d'ailleurs que la reprise de travail (en mars 2013) semble avoir été compromise par la survenue d'une crise anxieuse et la majoration de la symptomatologie d'asthénie. La chambre de céans considère à cet égard qu'il est inutile d'investiguer davantage, notamment par l'audition des experts du CEMed, sollicitée par le recourant, sur la question de savoir si ces derniers considèrent que la capacité entière de travail de ce dernier était déjà antérieure au 1^{er} avril 2013, dans la mesure où la décision entreprise a de toute manière nié l'octroi d'une rente d'invalidité, au motif qu'à l'issue du délai de carence, soit le 7 mai 2013, la capacité de travail est entière dans toutes activités. c. Le recourant se prévaut encore de ce que son médecin traitant généraliste a toujours considéré qu'il était en incapacité de travail à 100 % dès le début de l'arrêt de travail, soit le 7 mai 2012, et actuellement encore. Il admet certes que son psychiatre traitant a fluctué dans son appréciation, mais retient tout de même qu'en définitive, il considère lui aussi que l'incapacité de travail est totale. Le recourant constate ainsi que l'avis de ses médecins traitants est « diamétralement opposé », à celui des experts, du CEMed en particulier. Il considère dès lors, au vu des contradictions prétendues, - mais non avérées -, qu'il croit pouvoir déceler dans l'expertise pluridisciplinaire, qu'il se justifie de retenir que les troubles anxieux ont des répercussions sur la capacité de travail du recourant ; et que, dans la mesure où ses tentatives de reprise de travail se sont soldées par un échec, traduit par ses médecins traitants comme un signe d'aggravation de l'état de santé, il se justifierait de retenir une incapacité de travail à 100 %. L'appréciation du Dr C_____, qui n'est pas psychiatre, a dès son premier rapport médical, du 9 novembre 2012, à l'intention de l'OAI, retenu en premier lieu parmi les diagnostics ayant un effet sur la capacité de travail une dépression chronique existante depuis 2003, concluant que l'incapacité de travail est de 100 % dès le 7 mai 2012 pour une période indéterminée, les restrictions étant surtout psychiques. Son appréciation ne peut dès lors de toute manière pas avoir une pleine valeur probante. S'agissant du docteur D_____, son avis a beaucoup fluctué, et s'il s'est en définitive prononcé pour une incapacité de travail totale, il n'explique pas de façon convaincante l'aggravation alléguée de l'état de santé psychique de son patient, après l'amélioration qu'il avait constatée en 2013, corroborant l'avis du premier expert psychiatre, le Dr E_____. Quoi qu'il en soit, au vu de la jurisprudence rappelée précédemment, et selon laquelle le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351

consid. 3b/cc), on ne saurait que considérer ici l'opinion des médecins traitants avec réserve, et ne pas privilégier l'opinion des médecins traitants par rapport aux conclusions de l'expertise du CEMed. On notera d'ailleurs à cet égard que parmi les documents médicaux, émanant des médecins traitants, produits par le recourant, postérieurement au rapport d'expertise du CEMed, que ce soit le rapport médical du Dr D_____ (daté du 24 juin 2015 et reçu par l'intimé le 30 juin 2015), ou l'attestation médicale du Dr C_____ du 16 novembre 2015, aucun de ces rapports ou attestation ne se prononce par rapport à l'expertise querellée, et leur contenu ne fait pas état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions des experts. d. S'agissant précisément du rapport médical du Dr D_____ du 24 juin 2015, - désigné sous la date du 30 juin 2015 dans le recours -, le recourant fait grief au SMR d'avoir considéré que ce rapport ne contient pas une anamnèse suffisante pour le faire changer d'opinion. Observant que le rapport d'expertise comporte dix-huit pages, parmi lesquelles la partie consacrée au status psychique ne tiendrait que sur l'équivalent d'une page A4, le rapport du Dr D_____ consistant également en une page A4, on ne comprend par conséquent pas en quoi le rapport médical du psychiatre traitant serait insuffisant en termes d'anamnèse, alors que celle de l'expert psychiatre serait suffisante. La chambre de céans observe tout d'abord que la valeur probante d'un document médical ne tient pas à son volume ou à son nombre de lignes, mais à son contenu. Ceci dit, même en termes de volume, la comparaison du recourant est pour le moins audacieuse : le texte utile du rapport du psychiatre traitant tient tout au plus sur une demi-page, l'autre moitié du document étant consacrée à l'en-tête du papier à lettres, à l'adresse du destinataire et au titre du document. Mais surtout, s'agissant du rapport d'expertise, l'extrait visé par le recourant ne concerne formellement que le status psychique, soit le relevé des observations objectives de l'expert lors de son examen personnel de l'assuré. Or, l'appréciation de l'expert ne tient pas seulement aux constatations qu'il a faites personnellement, mais également aux informations consignées dans la partie anamnestique, en particulier dans la partie consacrée à l'anamnèse, et plus spécifiquement aux pages 7 et suivantes, sinon dans d'autres parties de l'expertise, pour ce qui est de l'histoire personnelle, ou la prise en compte des divers documents médicaux versés au dossier ainsi qu'aux conclusions qu'il en tire. Sur le fond, le rapport du psychiatre traitant n'apporte en effet aucun élément nouveau qui n'ait été pris en compte au moment de l'expertise, et n'explique dès lors pas en quoi la situation actuelle serait différente de ce qu'elle était au moment où les experts se sont prononcés. En effet, au moment de l'expertise, l'intéressé et ses médecins traitants décrivaient déjà la symptomatologie que l'on retrouve dans le dernier rapport du psychiatre traitant, lesquels considéraient déjà le recourant en état d'incapacité totale de travail, avec les fluctuations précédemment décrites, par rapport au printemps 2013 en particulier. Mais dès l'été 2013, époque où il était déclaré inapte au placement par l'administration du chômage, les médecins traitants (le Dr D_____ en particulier dans son rapport médical intermédiaire du 17 juin 2013 estime qu'une éventuelle reprise de l'activité ne peut avoir lieu dans l'immédiat et devrait être réexaminée à 6-12 mois) l'ont toujours considéré comme totalement incapable de travailler, situation qui prévalait au moment où l'expertise a été réalisée, en août et septembre 2014. Or les experts se sont prononcés de façon convaincante à ce sujet, et après eux, sur la base de leur rapport, le SMR. Le service médical de l'intimé était dès lors parfaitement à même d'apprécier la valeur du nouveau document médical produit, ce qu'il a fait. Le grief d'arbitraire qu'en tire le recourant à l'égard de la décision entreprise, dans la mesure où l'intimé s'est fondé sur l'avis de son service médical pour rendre la

décision entreprise n'est donc pas justifié. Il résulte de ce qui précède que le rapport d'expertise du CEMed répondait pleinement aux exigences de la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante : il se fonde sur des examens complets et une description claire de la situation médicale du recourant. Les conclusions sont bien motivées et aboutissent à un résultat convaincant. La chambre de céans lui reconnaîtra donc une pleine valeur probante. Au vu de la jurisprudence rappelée précédemment, il n'y a pas lieu de donner suite à la demande du recourant de mettre en place une nouvelle expertise. De même l'audition du recourant et de ses médecins ne seraient du point de vue de la chambre de céans nullement susceptible de modifier ses conclusions de sorte qu'en application de la jurisprudence rappelée précédemment (appréciation anticipée des preuves), il n'y sera pas donné suite. 16. Au vu de ce qui précède, en tous points mal fondés le recours sera rejeté. 17. Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1bis LAI), il convient de renoncer à la perception d'un émolument, le recourant étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 12 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme : 1. Déclare le recours recevable. Au fond : 2. Le rejette. 3. Renonce à la perception d'un émolument, dans le sens des considérants. 4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Florence SCHMUTZ Le président Mario-Dominique TORELLO Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.